



**REGIONE ABRUZZO**  
**Azienda Sanitaria Locale n. 2**  
**Lanciano-Vasto-Chieti**

Via dei Vestini snc - Palazzina N (ex palazzina Se.Bi) - 66100 CHIETI  
Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

Data \_\_\_\_\_

Al Direttore / Dirigente responsabile / Coordinatore

U.O. \_\_\_\_\_

**RICHIESTA FERIE/FESTIVITA' SOPPRESSE/RECUPERO ORE**

Il/La sottoscritto/a (cognome): \_\_\_\_\_

(nome): \_\_\_\_\_ (matricola nr.): \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di potersi assentare dal servizio per n. \_\_\_\_\_ giorni a titolo di:

Ferie/Festività sopresse : anno \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Ferie aggiuntive per rischio radiologico: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Recupero eccedenza oraria:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

o dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_

Recapito \_\_\_\_\_

IL DIPENDENTE

\_\_\_\_\_

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA PER LE SEGUENTI ESIGENZE DI SERVIZIO :

\_\_\_\_\_

Il Direttore / Dirigente responsabile / Coordinatore

\_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA